PROVINCIALE RAAD VOOR DE VOLKSGEZONDHEID IN NOORD-HOLLAND

De zorg
voor chronisch zieken
in Noord-Holland

Z

2066

PROVINCIALE RAAD VOOR DE VOLKSGEZONDHEID IN NOORD-HOLLAND

Dr. R. J. VAN ZONNEVELD
Laan van Oud Poelgeest 4
2341 NJ OEGSTGEEST

De zorg voor chronisch zieken in Noord-Holland

Nederlands Instituut
voor Gerontologie
Informatie-& documentatiecentrum
Kaap Hoorndreef 72
3563 AW Utrecht
21878

INHOUD

pag.

INLEIDING 5

1. ALGEMEEN GEDEELTE. 7
   1.1. Chronisch zieken, invaliditeit 7
   1.2. Integrale geneeskunde 7
   1.3. Revalidatie en reactivering 8

2. KLINISCHE VOORZIENINGEN 10
   2.1. Algemeen 10
   2.2. Geriatrische afdelingen 11
   2.3. Reactiveringscentra 12
   2.4. Klinische voorzieningen ten behoeve van jeugdige chronisch zieken 13

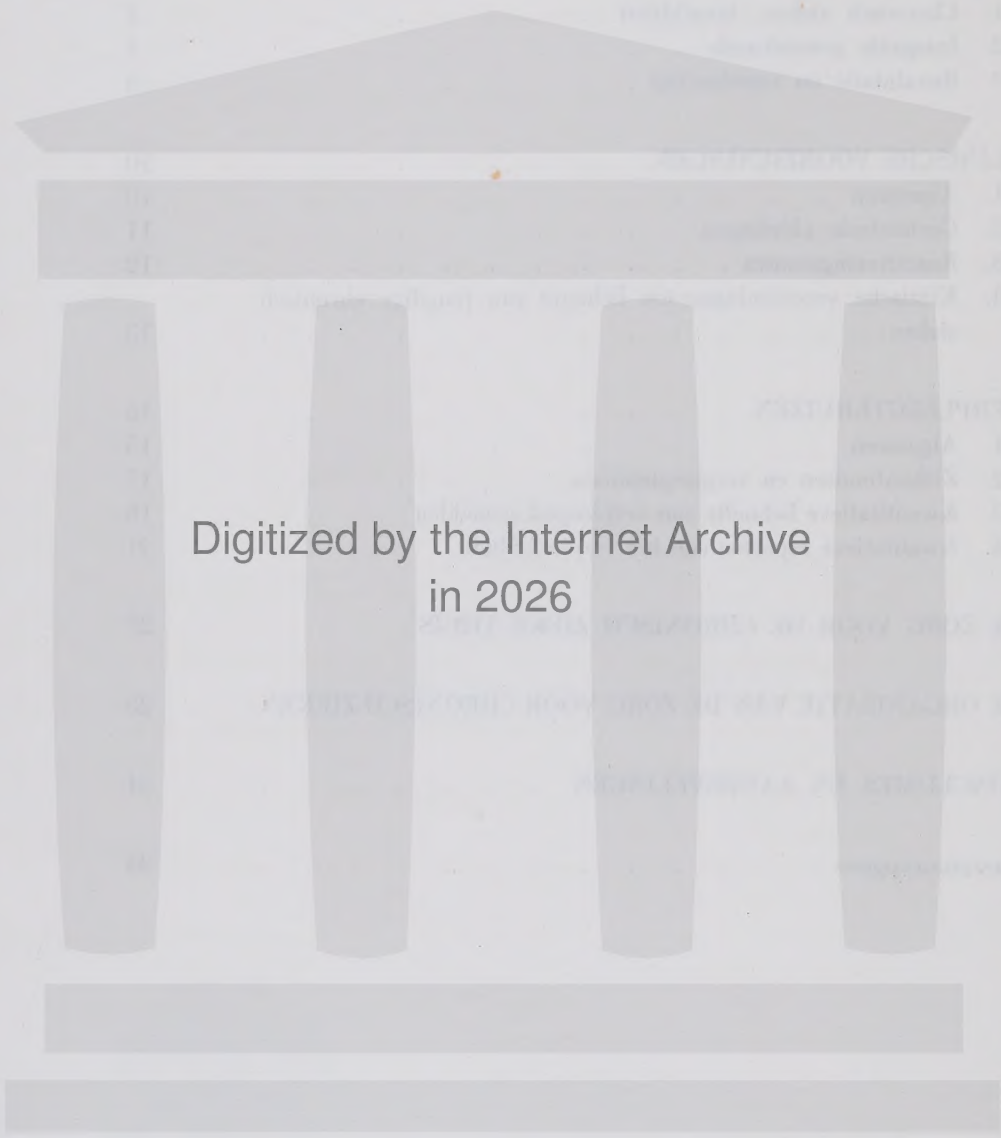
3. VERPLEEGTEHUIZEN 15
   3.1. Algemeen 15
   3.2. Ziekenfondsen en verpleegtehuizen 17
   3.3. Kwantitatieve behoefte aan verpleegtehuisbedden 18
   3.4. Kwalitatieve aspecten van het verpleegtehuis 21

4. DE ZORG VOOR DE CHRONISCH ZIEKE THUIS 27

5. DE ORGANISATIE VAN DE ZORG VOOR CHRONISCH ZIEKEN 28

6. CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN 31

Literatuuropgave 34



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/dezorgvoorchroni0000vari_k9n9

Inleiding

Gedeputeerde staten van Noord-Holland richtten zich per brief, gedateerd 3 juli 1962, tot de Provinciale Raad voor de Volksgezondheid in deze provincie met het verzoek van advies te willen dienen inzake verschillende problemen, die aan het tot stand komen van een voldoend aantal verpleeginrichtingen voor chronisch zieken zijn verbonden. Een afschrift van dit schrijven is als bijlage 4 achter het hierna volgende rapport gevoegd.

De Provinciale Raad, die op zijn vergadering van 2 oktober 1962 dit verzoek behandelde, machtigde het dagelijks bestuur tot het instellen van een commissie, die met betrekking tot de door gedeputeerde staten gestelde vragen aan de Raad zou moeten rapporteren en adviseren. Hierbij werd echter tevens besloten, dat met het instellen van deze commissie zou worden gewacht tot de toen reeds werkzame commissie ter bestudering van de zorg voor geestelijk gestoorde bejaarden haar rapport zou hebben uitgebracht, zulks opdat een zo goed mogelijke aaneensluiting van beide rapporten zou kunnen worden verkregen.

Het dagelijks bestuur stelde de commissie tijdens zijn vergadering van 19 december 1962 als volgt samen:

voorzitter: J. de Jong Czn, voorzitter van de Provinciale Raad;

secretaris: Dr. A. J. Schilstra, directeur-arts van de Provinciale Raad;

leden:
C. van der Harst, arts te Wormerveer;
Drs. M. B. Huisman, hoofd bureau gezondheidszorg ter provinciale griffie;
K. Ittmann, arts, directeur van de G.G. & G.D. te Amsterdam, die zich deed vervangen door:
A. J. P. Borstlap, arts, hoofd van de afdeling maatschappelijk werk en revalidatie van deze G.G. & G.D. en
A. N. J. Reinders Folmer, arts, hoofd van de afdeling geriatrie van dezelfde G.G. & G.D.;
Dr. W. J. Lojenga, arts, geneesheer-directeur van het Centraal Ziekenhuis te Alkmaar;
C. Lynzaad, directeur van de Stichting Noord-Holland Provinciaal Opbouworgaan;
Dr. W. L. Meyering, arts, geneeskundige inspecteur voor de geestelijke volksgezondheid in Noord-Holland en Utrecht;
A. Pieron, arts, geneeskundig inspecteur van de volksgezondheid in Noord-Holland;
P. Waardenburg, oud-directeur van de Dienst voor Sociale Zaken van de gemeente Velsen;

notulist: W. J. Mennes, ambtenaar op het bureau van de Provinciale Raad.

De commissie kwam vier maal in vergadering bijeen, namelijk op 4 februari, 8 maart, 20 maart en 4 september 1963.

Ten aanzien van het hierna volgende rapport meent de commissie vooraf te moeten opmerken, dat zij zich volkomen bewust is van het feit, dat de problemen daarin vanuit een medisch gezichtspunt zijn benaderd. Ongetwijfeld zijn de sociale gevolgen van het huidige tekort aan adekwate voorzieningen ernstig en de commissie erkent ten volle het bestaan van bepaald navrante toestanden in de verzorging van niet weinig langdurig zieken. De vragen, die over dit onderwerp gedurende de laatste jaren bij herhaling in de vergaderingen van provinciale staten zijn gesteld hadden eveneens duidelijk méér betrekking op de sociale dan op de medische kant van de problematiek.

De commissie is nochtans van mening, dat de zorg voor chronisch zieken en alles wat daarmede samenhangt primair een medische aangelegenheid is. Het gaat daarbij immers om het scheppen van de mogelijkheid tot een adekwate geneeskundige behandeling en verpleging voor iedere langdurige patiënt teneinde hiermede te bereiken, dat iedere zieke ook werkelijk de kansen krijgt, die de moderne therapeutische methoden hem bieden. Wanneer er in medische zin een voldoend grote accommodatie aanwezig zal zijn, zullen onder meer dank zij de huidige sociale wetgeving, de sociale problemen sterk in omvang en ernst afnemen.

Om deze reden heeft dit rapport zijn overwegend medisch karakter gekregen.

De commissie voornoemd,

Dr. A. J. Schilstra,
secretaris-rapporteur.

J. de Jong Czn.,
voorzitter.

1. Algemeen gedeelte

1.1. *Chronisch zieken, invaliditeit.*

Onder chronisch of langdurig zieken worden in dit rapport die patiënten verstaan, die ten gevolge van stationaire of langzaam voortschrijdende ziekteprocessen, dan wel door resttoestanden van ziekten of ongevallen zodanig in hun activiteit beperkt zijn, dat zij voor hun dagelijkse handelingen zijn aangewezen op de hulp van anderen. Indien deze handelingen betrekking hebben op existentiële functies, noemt men de patiënten invalide.

Dr. J. Th. R. Schreuder plaatst de handelingen, die de mens ten behoeve van zijn bestaan moet kunnen beheersen in een drietal concentrische cirkels. De binnenste cirkel omvat de activiteiten, die van elementair belang zijn voor het directe instandhouden van het leven. Zij bestaan in het zich voeden, naar bed gaan en opstaan, naar het toilet gaan, zich wassen, scheren en aan- en uitkleden. De zieke, die niet in staat is deze handelingen te verrichten zonder hulp is invalide in de ergste graad.

De beide buitenste cirkels omvatten de activiteiten, die meer van indirect belang zijn voor de menselijke existentie. De middelste heeft betrekking op de handelingen, die voor het zelfstandig voeren van een huishouding van belang zijn, zoals het schoonhouden van de woning en de zorg voor het meubilair, linnengoed en andere utensiliën, het toebereiden van het eten, vaatwassen, het verwijderen van afval en het doen van boodschappen. Deze activiteiten zijn uiteraard in hoofdzaak van belang voor de vrouw. Patiënten, die deze handelingen niet beheersen, zijn invalide in de middelste graad.

De buitenste cirkel omvat de activiteiten ten behoeve van de uitoefening van het beroep. Zij vertonen een zo grote differentiatie in aard en aantal, dat hierop verder niet kan worden ingegaan. De patiënt, die deze handelingen niet kan verrichten, is invalide in de lichtste graad.

1.2. *Integrale geneeskunde.*

De mens vormt een ondeelbare socio-psycho-somatische eenheid. Dit betekent onder meer, dat een schijnbaar uitsluitend lichamelijke ziekte steeds ook repercussies heeft op de psychische en sociale gesteldheid van de patiënt en dat omgekeerd psychische of sociale factoren stellig van invloed zijn op zijn lichamelijke toestand.

De aandacht van de medicus heeft zich lange tijd in hoofdzaak gericht op de lichamelijke oorzaken en gevolgen van ziekte. De psychiatrie bleef daarom ook geruime tijd een tak van wetenschap, die een vrij geïsoleerde plaats in het medische bestel innam. In de laatste decennia is zich dit alles echter sterk aan het wijzigen en komt men meer en meer tot de overtuiging, dat het noodzakelijk is de geneeskunde te bedrijven op integrale wijze, dat wil zeggen, dat iedere medicus zowel bij het onderzoek als bij zijn therapeutisch handelen steeds alle factoren in acht dient te nemen, die op enigerlei wijze het ziekteproces kunnen hebben beïnvloed of daarop in de toekomst kunnen gaan inwerken.

Met name bij chronisch zieken blijkt de uitoefening van een integrale geneeskunst bijzonder belangrijk te zijn. Een onderzoek naar de sociale omstandigheden en de psychische gesteldheid van deze patiënten levert vaak meer causale verbanden voor hun ziekteverschijnselen op dan het uitsluitend lichamelijk onderzoek ooit zou doen vermoeden. Een op verbetering van hun sociaal-psychische status gerichte behandeling heeft dan ook dikwijls meer succes dan de vooral op de lichamelijke verbetering ingestelde therapie.

1.3. *Revalidatie en reactivering.*

De hierboven beschreven vernieuwing van het medisch denken ligt ten grondslag aan de therapeutische methodiek, die men revalidatie noemt. Gedurende de laatste wereldoorlog, toen het gebrek aan arbeidskrachten in de belligerente naties steeds nijpender werd, ging men daar pogingen in het werk stellen om oorlogsinvaliden weer in het productieproces in te schakelen. Mede op grond van de hierbij geboekte successen is men op de ingeslagen weg voortgegaan en heeft de revalidatie zich kunnen ontwikkelen tot een belangrijke tak van de medische wetenschap.

Invaliditeit berust op het verlies van één of meer functies. Het principe, waarop iedere revaliderende behandeling berust, is het streven naar een maximale ontwikkeling en uitbuiting van de nog bij de patiënt aanwezige potenties, waardoor de teloorgegane functies geheel of gedeeltelijk kunnen worden gecompenseerd. De revalidatie is een geneeswijze met een sterk integraal karakter, omdat zowel de psychisch-paedagogische als de sociale elementen er een even grote rol in spelen als de somatisch gerichte onderdelen van de behandeling.

Reeds spoedig nadat men de eerste grote successen had behaald met de revalidatie van ongevalspatiënten, ging men de behandeling ook toepassen op degenen, die tengevolge van chronische ziekteprocessen of resttoestanden van acute aandoeningen invalide waren geworden. Ook hier bleek het systeem veel baat te geven. Het resultaat van een revaliderende behandeling bij chronisch zieken is veelal niet alleen een

vermindering van de mate van invaliditeit, maar ook een gunstige beïnvloeding van de loop van het ziekteproces. Met deze niet direct op de oorzaak gerichte therapie bereikt men dus meer dan met de vroeger toegepaste causale behandeling.

Het spraakgebruik heeft ertoe geleid, dat de term revalidatie thans over het algemeen wordt gehanteerd, als de behandeling beoogt de patiënten weer aan het arbeidsproces te doen deelnemen, of, wanneer het gehuwde vrouwen betreft, dezen weer een volwaardige plaats in het gezin te geven. De revalidatie betrekt haar patiënten dus uit de productieve leeftijdsgroepen.

Voor een grote groep patiënten, namelijk de bejaarde chronisch zieken, is een herinschakeling in het arbeidsproces niet relevant. De op hen toegepaste revaliderende behandeling pleegt men daarom met de meer algemene term reactivering aan te duiden. Ook bij de kleine groep chronisch zieken van jeugdiger leeftijd van wie van tevoren wel vaststaat, dat een heropname in het productieproces nooit mogelijk is spreekt men van reactiverende therapie. In principe is de reactivering dus van toepassing op alle leeftijden, maar aangezien de meerderheid der patiënten, die eraan worden onderworpen, de 65-jarige leeftijd is gepasseerd, is deze vorm van behandeling een vooral geriatrische aangelegenheid geworden.

De reactivering heeft zich uit de revalidatie ontwikkeld en bedient zich grotendeels van dezelfde basismethoden en hulpmiddelen. Nochtans is er geen reden om te verwachten, dat beide systemen eerlang tot een eenheid zullen samengroeien, omdat het anderssoortige patiëntenmateriaal dit belet.

Dit rapport heeft in hoofdzaak betrekking op de chronisch zieken, bij wie de reactivering op de voorgrond staat. De revalidatie met zijn geheel eigen problematiek zal daarom verder hoogstens in secundair verband ter sprake komen.

2. Klinische voorzieningen

2.1. *Algemeen.*

Zoals reeds eerder werd gezegd zijn de chronisch zieken overwegend patiënten, die ouder zijn dan 65 jaar en de op hen toegepaste behandeling is dus vooral een aangelegenheid van geriatrisch karakter. In dit hoofdstuk en ook in de volgende worden daarom eerst de noodzakelijke voorzieningen ten behoeve van chronisch zieke invalide bejaarden besproken, terwijl daarna zal worden nagegaan in hoeverre het daarnaast nog gewenst is om voor de jeugdige chronische patiënten aparte wegen te bewandelen.

Schreuder noemt als belangrijkste oorzaak van het invalide worden van zieke bejaarden het feit, dat zij meestal aan verscheidene ziekten tegelijk lijden. Hij illustreert dit met het volgende tabelletje, dat betrekking heeft op in totaal 512 patienten:

	vrouwen	mannen
Patiënten met 1 diagnose	61	34
Patiënten met 2 diagnoses	106	54
Patiënten met 3 diagnoses	99	40
Patiënten met 4 diagnoses	64	18
Patiënten met 5 diagnoses	26	3
Patiënten met 6 diagnoses	4	1
Patiënten met 7 diagnoses	1	—
Patiënten met 8 diagnoses	1	—

Als verdere factoren, die invalidiserend werken beschouwt hij een te overdadig genoten bedrust, een onjuist naar kwaliteit en/of hoeveelheid samengesteld menu, een vergroot ongevalsrisico en verder vele factoren van psychosomatische of psychosociale aard. Is het ontrafelen van een ziektebeeld door de vele symptomen bij bejaarden reeds een moeilijke aangelegenheid, het opsporen van de eraan ten grondslag liggende oorzaken is een nog veel lastiger opgave, vooral omdat daarbij steeds in wisselende mate lichamelijke, sociale en psychische factoren betrokken zijn.

Het vaststellen van de juiste therapie wordt door het gecompliceerde pathologische beeld meestal eveneens bemoeilijkt, omdat de behandeling, die voor de ene ziekte

het meest aangewezen is, voor de andere aandoening, waaraan de patiënt eveneens lijdt, funest zou zijn. Het kiezen van de juiste middenweg vereist dan ook een grote mate van inzicht en bekwaamheid.

2.2. *Geriatrische afdelingen.*

Ten behoeve van het vaststellen van het totale ziektebeeld in al zijn onderdelen en het instellen van een optimale therapie zullen de meeste bejaarden, die tengevolge van ziekte of ongeval invalide dreigen te worden of dit reeds zijn, in een ziekenhuis moeten worden opgenomen. Van Zonneveld schrijft hierover het volgende: „Op welke afdeling de patiënt moet worden opgenomen, hangt uiteraard van zijn aandoening af. Indien onderzoek en behandeling, inclusief „revalidatie" of reactivering, op elke afdeling even zorgvuldig bij oude als bij jonge patiënten geschieden, bestaat er strikt genomen geen duidelijke behoefte aan een afzonderlijke geriatrische afdeling. Onder een geriatrische afdeling aan een ziekenhuis wordt verstaan een afdeling van een algemeen ziekenhuis, waar de diagnostiek en therapie van de ziekten van bejaarden in de volle omvang wordt bedreven, doch waarbij de nadruk ligt op het tegengaan van de invaliditeit. Op deze afdelingen worden die patiënten opgenomen bij wie de gevorderde leeftijd van specifieke invloed is op het verloop van de ziekten, in het bijzonder dus de patiënten bij wie door deze omstandigheid een verhoogde kans bestaat op een bepaalde graad van invaliditeit. Vaak zal echter de aanwezigheid van zulk een geriatrische afdeling, althans voorlopig, zeer zeker nuttig en noodzakelijk zijn, omdat op deze afdeling dan in het bijzonder alles in het werk wordt gesteld om de bejaarde zieke zoveel mogelijk te helpen en omdat zowel voor artsen als verpleegsters het werken op zulk een afdeling een waardevolle bijdrage tot hun vorming betekent. Bovendien kan hier geriatrisch speurwerk plaatsvinden."

Deze visie van Van Zonneveld op de geriatrische ziekenhuisafdeling behoeft nog enige aanvulling over de leider ervan. Dit zal een internist moeten zijn, wiens activiteiten zich in hoofdzaak of uitsluitend richten op de ziekten van bejaarden. Wegens het gecompliceerde ziektebeeld van het overgrote deel der patiënten zal hij bij zijn werkzaamheden bijna altijd de hulp nodig hebben van andere specialisten en deze hulp zal welhaast steeds méér moeten omvatten dan het verlenen van een — beperkte — consultatieve bijstand. Veeleer zal er op de geriatrische afdeling in teamverband gewerkt dienen te worden, waarbij de internist-geriater de centrale en coördinerende figuur is. In dit team zullen ook niet-medici een plaats dienen te krijgen in verband met de psychische en sociale facetten van de meeste geriatrische ziektebeelden.

Tot nu toe zijn er slechts in enkele ziekenhuizen in Nederland geriatrische afdelingen tot stand gekomen. De hoofdoorzaak hiervan is voor een groot gedeelte stellig gelegen in het feit, dat nog slechts zeer weinigen in staat zijn of lust voelen tot het

leiden van zulk een afdeling. Daar de geriatrie echter in volle ontwikkeling is en er allengs meer artsen zullen komen, die zich op dit terrein hebben gespecialiseerd, zal in de huidige situatie ongetwijfeld allengs verandering komen.

2.3. *Reactiveringscentra.*

De geriatrische afdeling heeft alle specifieke kenmerken van het ziekenhuis en in de meeste gevallen verdient het om verschillende redenen aanbeveling, dat de patiënten hier niet langer dan absoluut noodzakelijk verblijven. Indien het verblijf in deze afdeling op zichzelf niet reeds heeft geleid tot een voldoende herstel van de validiteit van de zieke zal de verdere behandeling op klinisch niveau dienen te worden voortgezet in een reactiveringscentrum. Hierin worden dus patiënten opgenomen, wier specialistische diagnose is gesteld en bij wie de verdere behandeling vooral een reactiverend karakter heeft. Het reactiveringscentrum kan als aparte afdeling naast de geriatrische afdeling aan een algemeen ziekenhuis zijn verbonden, doch ook kan het een zelfstandige kliniek zijn.

Het reactiveringscentrum dient te beschikken over een uitgebreide staf van medici, verplegenden, fysiotherapeuten, en eventueel nog aangevuld met andere deskundigen, zoals een logopaedist en maatschappelijk werksters. Een uitgebreide apparatuur zal de staf ter beschikking moeten staan, zoals outillage ten behoeve van de verschillende vormen van hydrotherapie, massage, en het actieve oefenschema, dat voor iedere patiënt wordt ontworpen.

Het reactiveringscentrum is dus een instituut op klinisch niveau, dat door zijn uitgebreide en kostbare outillage en zijn specialistische niveau van behandeling stellig niet goedkoop werkt. Hierom en ook omdat uit psychologische overwegingen de bejaarde patiënt niet langer dan absoluut noodzakelijk in de klinische sfeer dient te vertoeven, is het gewenst, dat niet alleen het verblijf in de geriatrische afdeling maar ook dat in het reactiveringscentrum principieel van bepaalde duur is.

Omdat de basistechnieken van revalidatie en reactivering praktisch dezelfde zijn, zouden de nog op te richten of reeds bestaande zelfstandige revalidatiecentra of revalidatie-afdelingen van algemene ziekenhuizen ook zeer goed als reactiveringscentrum kunnen dienen. De praktijkervaring bewijst dit trouwens: het revalidatiecentrum „Heliomare" te Wijk aan Zee neemt tevens geriatrische patiënten ter reactivering op en ook de naamsaanduiding: „Afdeling voor geriatrie en revalidatie van het Algemeen Ziekenhuis Zonnestraal" spreekt in dit opzicht voor zichzelf.

Niet alle deskundigen huldigen in Nederland echter de opvatting, dat de reactiverende behandeling van geriatriepatiënten zulke uitgebreide voorzieningen eist, als hiervoor

omschreven. Er is een groep, die het buitengewoon grote belang van een zo kort mogelijk verblijf van de zieke in de klinische sfeer voorop stelt en daarnaast van oordeel is, dat men in feite voor de meeste bejaarde patiënten met een aanzienlijk minder uitgebreide outillage kan volstaan dan voor de revalidatie van jeugdige invaliden nodig is. De aanhangers van deze mening bevelen daarom aan, de reactivering in hoofdzaak te doen plaatsvinden in verpleegtehuizen en deze instituten dus te voorzien van de daartoe noodzakelijke apparatuur.

Het is niet mogelijk aan te geven welke van beide opvattingen de juiste is, vooral omdat zowel de klinische reactivering als die in het verpleegtehuis nog in het stadium van ontwikkeling verkeren. De tijd zal moeten leren welke oplossing van dit vraagstuk eerlang de beste zal zijn.

De klinische reactivering vereist een goede afvoermogelijkheid van patiënten bij wie de behandeling is voltooid. Indien de zieken, bij wie een reactivering niet of slechts in onvoldoende mate kan worden bereikt, nergens kunnen worden ondergebracht, zullen deze noodgedwongen langer in het reactiveringscentrum moeten verblijven dan nodig is en dit eerlang zelfs geheel kunnen verstoppen. Hoewel een klinisch-specialistische behandeling van de geriatrie-patiënten stellig een integraal onderdeel vormt van de zorg voor chronisch zieken, zal deze dus pas werkelijk optimaal kunnen functioneren als ook de meest essentiële voorzieningen in het achterland zijn getroffen.

2.4. *Klinische voorzieningen ten behoeve van jeugdige chronisch zieken.*

De meest jeugdige chronisch zieken vertonen een pathologisch beeld van een geheel andere structuur dan de bejaarden. Veelal is bij hen slechts één aandoening de oorzaak van hun invaliditeit geworden. Zowel hierom, als om hun leeftijd is het absoluut ongewenst deze groep te behandelen in geriatrische afdelingen en reactiveringscentra.

Het is echter zeer moeilijk in algemene zin aan te duiden welke lijn men met de klinische behandeling van deze patiënten moet volgen. Hun ziektebeelden zijn zo gevarieerd dat het onmogelijk is hen onder één noemer samen te brengen. Het is daarom even moeilijk, of zelfs nagenoeg onmogelijk na te gaan of er, in het algemeen gezien, tekorten bestaan in de voorzieningen op klinisch niveau. De moeilijkheden voor de jeugdige chronische patiënt liggen bovendien niet zozeer in een tekort aan mogelijkheden voor een optimale ziekenhuisbehandeling dan wel in het in onvoldoende mate aanwezig zijn van voorzieningen ten behoeve van een voortzetting van de behandeling elders, dus thuis of in verpleegtehuizen. De revalidatiecentra voor niet bejaarde zieken nemen thans stellig niet meer uitsluitend patiënten

met een gunstige prognose op, doch ook voor deze inrichtingen vormt het gebrek aan bedden voor de verpleging en behandeling van niet revalideerbare zieken een groot probleem. De actie voor „Het Dorp" was hiervan een sprekend voorbeeld.

Tenslotte zal er ten behoeve van vele patiënten met progressief neurologische aandoeningen nog veel ervaring moeten worden opgedaan en wetenschappelijk speurwerk dienen te worden verricht, over de vraag in hoeverre een reactiverende behandeling voor deze zieken mogelijk, nuttig en noodzakelijk is.

3. Verpleegtehuizen

3.1. *Algemeen.*

Het verpleegtehuis is een instituut ten behoeve van een adekwate geneeskundige behandeling en verpleging van chronisch zieke patiënten, bij wie een behandeling op ziekenhuisniveau niet of niet meer noodzakelijk is en voor wie zulk een behandeling en verpleging om medische en sociale redenen elders niet realiseerbaar is.

De nadruk valt in het verpleegtehuis dus op de geneeskundige behandeling en verpleging. Patiënten, die uitsluitend of in hoofdzaak verzorging behoeven, horen er dan ook niet in thuis. Het is in dit verband wellicht nuttig te wijzen op het verschil tussen verpleging en verzorging. De verpleging is steeds een integraal element van de totale op de zieke toegepaste therapie; met de verpleging wordt dus een direct medisch doel gediend. Bij de verzorging is zulks niet het geval. Als iemand zich bijvoorbeeld niet zelfstandig kan aankleden, dan is de hem hiertoe geboden hulp een verzorgende handeling. De zelfde hulp is echter een onderdeel van de verpleging, als het aankleden geschiedt binnen het kader van een op de patiënt toegepaste reactiverende therapie. Verpleging heeft steeds het doel zichzelf op den duur overbodig te maken; de verzorging heeft zulk een doel niet en is op zichzelf dus vrij uitzichtloos.

Het verpleegtehuis is eensdeels ontstaan omdat een langdurig verblijf van chronisch zieken in het ziekenhuis noch psychologisch noch economisch te verantwoorden is. Ook het bejaardentehuis of rusthuis is niet een geschikte verblijfplaats voor langdurige patiënten. Deze instituten hebben wat betreft hun organisatie, personeelsvoorziening en inrichting meestal slechts een verzorgende functie en kunnen dus nooit geheel voorzien in de specifiek medische behoeften van de chronisch zieke.

Ieder verpleegtehuis dient een integraal element te vormen van de totale zorg voor chronisch zieken. Dit houdt in, dat het in permanente en nauwe relatie dient te staan met de overige onderdelen van deze zorg en nimmer als een zelfstandige eenheid op optimale wijze kan functioneren. Ook aan deze eis zal het gewone bejaardenverzorgingshuis nooit geheel kunnen voldoen, terwijl de particuliere rusthuizen, waar thans nog vele chronische patiënten worden verzorgd, dit evenmin kunnen.

De geneeskundige behandeling van vele in het verpleegtehuis opgenomen patiënten vormt een voortzetting van de op klinisch niveau ingestelde therapie. De reactivering speelt ook in het verpleegtehuis een belangrijke rol. Daarnaast zullen echter ook

zieken in het instituut verblijven, bij wie de geneeskundige behandeling uitsluitend of hoofdzakelijk gericht is op de verzachting van het bestaande lijden. Ook combinaties van beide therapie-vormen zijn zeer wel mogelijk.

Evenals het ziekenhuis moet in een verpleegtehuis doorstroming plaatsvinden. Hierop wordt door sommigen zeer de nadruk gelegd, zo sterk zelfs, dat zij spreken over de noodzaak tot het voorkomen van verstopping van het instituut. Zij zien dus het verpleegtehuis als een vervolg op de kliniek en wensen er uitsluitend patiënten in op te nemen, die door middel van een voortzetting van de reactiverende behandeling eerlang ontslagen zullen kunnen worden naar het huiselijke milieu (dus het gezin of het verzorgingstehuis) en patiënten van wie het, gezien het progressieve karakter van hun lijden, wel vaststaat dat zij daaraan na verloop van enige tijd zullen overlijden.

Een ander extreem standpunt ligt hier diametraal tegenover. De verdedigers hiervan zien het verpleegtehuis als de instelling waarin zieken worden opgenomen bij wie naar verwachting een reactiverende behandeling geen ander succes meer kan opleveren dan ten hoogste een behoud van de resten van validiteit, waarover de patiënt nog beschikt. In dit geval wordt het verpleegtehuis dus tot een eindstation; iedere patiënt, die er opname in verkrijgt, zal naar redelijke verwachting het instituut nimmer meer verlaten.

Een der konsekwenties van de eerste opvatting is, dat het verpleegtehuis meer het karakter krijgt van een ziekenhuis dan van een tehuis; sommigen prefereren dan ook de benaming „verpleegziekenhuis". Anderen maken onderscheid tussen chronisch zieken en langdurig zieken en willen met dit laatste begrip aangeven, dat de duur van de ziekte weliswaar lang, doch niettemin beperkt is. De betiteling „verpleegtehuis voor langdurig zieken" legt dus in feite evenzeer de nadruk op de doorstromingsfunctie van het instituut. (Uit piëteitsoverwegingen is echter de laatste tijd de neiging groot alle chronische patiënten als langdurig zieken aan te duiden).

Het bevorderen van de doorstroming in het verpleegtehuis impliceert tevens dat dit instituut een uitgebreide reactiveringsafdeling moet krijgen, zodat de klinische opname der patiënten tot het uiterste minimum beperkt kan worden. Een andere konsekwentie is, dat ten behoeve van de niet-reactiveerbaren aparte verpleeginrichtingen tot stand zullen moeten komen, dan wel dat voor dezen in verzorgingshuizen opnamemogelijkheid zal moeten worden gezocht.

De tweede opvatting van het verpleegtehuis houdt in, dat het instituut primair het karakter van een tehuis dient aan te nemen, dus dat alles in het werk wordt gesteld om het huiselijke karakter zoveel mogelijk te accentueren. De reactiverende behandeling, die hier dus vooral dient om het eenmaal bereikte niveau van activiteit zoveel mogelijk te handhaven, kan daarbij zeer beperkt van omvang blijven en vereist dus slechts een zeer eenvoudige outillage.

Beide opvattingen zijn stellig met deugdelijke argumenten te verdedigen en te bestrijden. Het is echter niet duidelijk, waarom niet beide opvattingen verenigd zouden kunnen worden en in het verpleegtehuis dus behalve reactiveerbare patiënten en lijders aan progressief verlopende aandoeningen ook de niet-reactiveerbare chronisch zieken op te nemen. Hiermede bereikt men voor deze laatste groep tevens, dat het verpleegtehuis niet gezien behoeft te worden als een „place of no return". De vorm, die het verpleegtehuis zal aannemen, wordt echter behalve door theoretische overwegingen evenzeer bepaald door de feitelijke omstandigheden. Indien in een bepaalde plaats een zeer uitgebreid geoutilleerd klinisch reactiveringscentrum op actieve wijze werkzaam is, zal het weinig zin hebben aan de verpleegtehuizen in de buurt daarvan een grotere activeringsafdeling te verbinden. Als daarentegen er in dezelfde plaats weinig animo bij de ziekenhuizen zou bestaan om tot klinische reactivering over te gaan, zullen de hier op te richten verpleegtehuizen deze taak in belangrijke mate dienen over te nemen om toch een adekwate behandeling voor iedere chronisch zieke mogelijk te maken.

De vorm van ieder verpleegtehuis wordt dus behalve door bepaalde inzichten eveneens bepaald door de plaatselijke omstandigheden.

Er bestaat in Nederland geen noemenswaardig verschil van opvatting over het feit, dat het verpleegtehuis behalve een medische ook een belangrijke sociale functie heeft en dat bij de opname van de patiënt daarin veelal meer sociale dan medische factoren een rol spelen. Een verpleging en behandeling in het gezinsmilieu zou met behulp van daarop afgestemde voorzieningen zoals poliklinische reactivering etc. in vele gevallen medisch zelfs beter verantwoord zijn. In tegenstelling tot het ziekenhuis, dat uitsluitend of nagenoeg alleen de medische indicatiestelling tot opname hanteert, is het verpleegtehuis dus het instituut, dat de patiënt ook kan opnemen, als diens omgeving uitsluitend om sociale redenen niet meer in staat is de voor de verpleging noodzakelijke activiteiten te ontplooien.

3.2. *Ziekenfondsen en verpleegtehuizen.*

Bij beschikking van 22 september 1961 heeft de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid bepaald, dat bij opname van ziekenfondsverzekerden in verpleeginrichtingen, door de ziekenfondsen 50 % van de verpleegprijs, met een maximum van *f* 7,50 per dag zal worden vergoed gedurende een termijn van ten hoogste 365 dagen. (Er worden thans besprekingen gevoerd ter verhoging van het maximum tot een bedrag van *f* 9,—.) De ziekenfondsvergoeding vindt opnieuw plaats, als de patiënt twee jaar na het verlopen van de laatste der 365 dagen nog in de inrichting wordt verpleegd. Als medische indicatie tot opname geldt, dat het verblijf in het verpleegtehuis moet dienen ter reactivering van de patiënt of noodzakelijk is voor een belangrijke verzachting van zijn lijden.

De vergoeding vindt slechts plaats, als het ziekenfonds, waarbij de patiënt is aangesloten, hiertoe een contract heeft afgesloten met het betreffende verpleegtehuis en als dit laatste als zodanig erkend is door de Ziekenfondsraad, zulks op advies van de geneeskundig hoofdinspecteur van de volksgezondheid. Als erkenningsnormen gelden onder meer, dat de inrichting ten minste 50 bedden moet tellen, dat zij onder leiding dient te staan van een vast aan het huis verbonden medicus en dat zij geen winstbeogende doeleinden mag nastreven. Een voorlopige erkenning wordt (ten hoogste voor drie jaar) verstrekt, indien het tehuis wel aan redelijke, doch nog niet aan alle te stellen eisen voldoet en indien de mogelijkheid aanwezig is dat eerlang de noodzakelijke aanvullende voorzieningen zullen kunnen worden getroffen.

Tot nu toe werden in Amsterdam 661 bedden voorlopig erkend en in het overige deel van de provincie 490. Een definitieve erkenning was nog in geen enkel geval mogelijk.

3.3. *De kwantitatieve behoefte aan verpleegtehuisbedden.*

Bij de raming van het aantal verpleegtehuisbedden, dat nodig is om een adekwate behandeling en verpleging op lange termijn voor chronisch zieken, mogelijk te maken, moet men onderscheid maken tussen de medische en de sociale behoefte. Zoals hiervoor reeds werd opgemerkt, wordt de opname-indicatie behalve door medische ook (en in de huidige situatie vooral) door sociale factoren bepaald. Het karakter van het verpleegtehuis speelt daarnaast ook nog een grote rol. Een verpleegtehuis dat vooral gericht is op een zo groot mogelijke doorstroming van patiënten, heeft immers minder bedden nodig dan de inrichting, die in hoofdzaak patiënten opneemt, die niet meer of nog slechts gedeeltelijk te reactiveren zijn.

Als voorbeeld van een raming van de behoefte aan verpleegtehuisbedden, waarbij zowel de medische als de sociale indicatie tot opname in het geding werden gebracht, kan het onderzoek dienen, dat in 1954 door Schreuder in de Zuidwesthoek van Friesland werd verricht, en wiens conclusies als volgt luiden:

„Wanneer we zouden aannemen, dat alle bejaarden, die invalide en niet volledig revalideerbaar zijn, in verpleeginrichtingen zouden worden opgenomen, dan zou het benodigd aantal bedden zijn: mannen 116 (2,64 % van het aantal bejaarde mannen) en vrouwen 265 (5,70 % van het aantal bejaarde vrouwen) in totaal 381 (4,21 % van het aantal bejaarden). Indien we aannemen, dat van alle invalide en niet volledig revalideerbare bejaarden die in gezinsverband wonen, alleen zij moeten worden opgenomen, voor wie dit in hun eigen belang als in dat der omgeving dringend nodig is, dan zijn dit in totaal 76, waarvan 28 mannen en 48 vrouwen. Met de alleenwonenden en de reeds in inrichtingen opgenomen invaliden komen we dan op een

behoefte aan bedden van 209 totaal (2,31 % van de bejaarden), waarvan 59 mannen (1,34 % van de bejaarde mannen) en 150 vrouwen (3,23 % van de bejaarde vrouwen).

Het laagste getal geeft dus aan het aantal personen, dat nu reeds opgenomen is, vermeerderd met het aantal van hen, voor wie opneming op het tijdstip van onderzoek dringend noodzakelijk leek.

De behoefte aan bedden voor verpleeginrichtingen ligt dus tussen 23,1 en 42,1 per 1000 bejaarden."

Tot zover Schreuder, die zoals enigszins in bovenstaand citaat tot uiting komt, een voorstander is van een zo uitgebreid mogelijke reactivering op klinisch niveau. Soortgelijke onderzoeken van Hornstra op Schouwen-Duiveland en Van Zonneveld in Groningen leverden behoefteramingen op van respectievelijk 2 % en 3,9 % van het aantal bejaarden. Ten aanzien van het onderzoek van Van Zonneveld moet nog worden opgemerkt, dat hier in hoofdzaak de medische normen voor de opname werden gehanteerd.

De hier beschreven onderzoeken gingen alle uit van het aantal patiënten, dat volgens medische en sociale indicaties zou moeten worden opgenomen in een verpleegtehuis. Een geheel andere en in het huidige stadium ook meer reële benaderingswijze van de beddenbehoefte is die, waarbij wordt uitgegaan van de vraag naar opname van de zijde der patiënten zelve. Op grond van dit uitgangspunt is het mogelijk een raming te verrichten aan de hand van de gegevens, die door het commissielid Borstlap werden verzameld over het aantal en de aard der chronisch zieken, die op 4 februari 1963 onder toezicht stonden van het Bureau Maatschappelijk Werk van de G.G. & G.D. te Amsterdam. Een volledig overzicht van deze gegevens treft men als bijlage 1 achter dit rapport aan.

Het blijkt, dat op 4 februari 1963 in totaal 1033 chronisch zieken werden verpleegd in rust-, verpleeg- of bejaardentehuizen, terwijl op dezelfde datum nog 293 patiënten op opname wachten. Het aantal van 1033 dient nog vermeerderd te worden met naar schatting 52 zieken, die onder het toezicht vielen van andere afdelingen van de Amsterdamse G.G. & G.D. Het totaal-generaal omvat dus 1378 chronische patiënten. Al deze zieken zijn geheel of gedeeltelijk armlastig en gerekend kan worden, dat zij ongeveer 80 % van het werkelijke aantal chronisch zieken omvatten. De behoefte aan verpleegtehuisbedden in Amsterdam kan dus worden gesteld op 100/80 x 1378 = 1722 bedden, dat is ruim 2 promille van de totale Amsterdamse bevolking. Bij deze raming dient te worden aangetekend, dat Amsterdam kan worden beschouwd als een plaats waar het aantal chronisch zieken relatief hoog is. Hier staat weer tegenover, dat indien de G.G. & G.D. door een ruimere opnamemogelijkheid de sociale opname-indicatie meer recht zou kunnen doen wedervaren dan thans mogelijk is, de beddenbehoefte waarschijnlijk veel hoger zou liggen.

In bijlage 2 wordt een overzicht gegeven van het aantal en de aard der chronische patiënten, die op 7 maart 1963 bij de afdeling bejaardenzorg van de G.G. & G.D. te Haarlem stonden ingeschreven. Het totaal-generaal dezer chronisch zieken, die behalve uit Haarlem, ook afkomstig zijn uit de randgemeenten van deze stad, bedraagt 661. Indien men ook hier rekent, dat deze groep ongeveer 80 % van het werkelijke aantal patiënten omvat, zou de totale beddenbehoefte hier gesteld kunnen worden op 825, dat is ruim 3 promille van de totale bevolking van ongeveer 260.000 inwoners, die het gehele gebied telt. Het verschil van 1 promille met de uitkomsten van de raming in Amsterdam moet enerzijds worden verklaard aan de verschillende werkwijze van beide G.G & G.D.ën, doch anderzijds mag ook niet uit het oog worden verloren, dat het gebied rond Haarlem tot de streken van Nederland met de hoogste percentages bejaarden gerekend moet worden.

Op grond van de verrichte onderzoekingen en de gegevens van de G.G. & G.D.ën te Amsterdam en Haarlem mag zeer voorzichtig worden geconcludeerd, dat een raming van het aantal benodigde verpleegtehuisbedden in de provincie Noord-Holland op 2 promille van het totaal aantal inwoners waarschijnlijk niet aan de hoge kant is. Op grond van deze behoefteraming zouden in Noord-Holland op dit moment dus rond 4000 bedden voor chronisch zieken aanwezig moeten zijn. Indien men zich aan de normen van de Ziekenfondsraad refereert, dan is het tekort aan bedden eveneens 4000, omdat nog geen der bestaande inrichtingen een definitieve erkenning heeft verworven.

Als men echter uitgaat van het standpunt, dat op korte termijn voorlopig alleen bedden moeten worden gecreëerd ten behoeve van de patiënten, die op opname wachten of ten behoeve van de zieken, die thans worden verpleegd in inrichtingen, die geheel niet bedoeld zijn voor chronisch zieken, zoals bejaardenoorden, dan bedraagt het acute tekort voor de Amsterdamse patiënten, die onder de zorg van de G.G. & G.D. aldaar vallen (bijlage 1) tenminste 293 + 219 = 512 bedden. Neemt men aan, dat dit aantal ongeveer 80 % van het totale tekort vormt, dan is dit laatste dus rond 640 bedden. Indien men aanneemt, dat de verhoudingen in de rest van de provincie wel ongeveer gelijk aan de Amsterdamse zullen zijn (dit is echter een zeer gevaarlijke en allerminst waar te maken veronderstelling), dan is het tekort buiten Amsterdam ongeveer 920 bedden.

Het heeft echter weinig zin dergelijke berekeningen uit te voeren, omdat de situatie lokaal en regionaal niet onaanzienlijke verschillen te zien kan geven, zoals reeds direct blijkt uit het allerminst met elkaar in overeenstemming zijn van de gegevens van de Amsterdamse en Haarlemse G.G. & G.D. Een behoefteraming kan daarom ook beter per gemeente of district worden ondernomen, waarbij dan rekening zal moeten worden gehouden met de aard en het aantal der reeds aanwezige voorzieningen en de tekorten, die deze vertonen. Indien men ergens over wil gaan tot de bouw van een verpleegtehuis ten behoeve van een bepaalde gemeente of groep van gemeenten, zal eerst nagegaan moeten worden in welke mate de ge-

projecteerde inrichting kan voorzien in de bestaande lokale of regionale acute behoeften, terwijl daarbij tevens gelet zal dienen te worden op de noodzaak tot vervanging van de thans aanwezige, doch kwalitatief ontoereikende accommodatie. De instantie, die de wenselijkheid tot het stichten van een verpleegtehuis in een bepaalde gemeente zal moeten beoordelen, dient daartoe de beschikking te hebben over een zo groot mogelijk aantal gegevens over het patiëntenbestand in het verzorgingsgebied der inrichting en de wijze, waarop de huidige verzorging, behandeling en verpleging plaatsvindt.

De geneeskundige inspectie is momenteel in Noord-Holland bezig de meest noodzakelijke plaatselijke gegevens te verzamelen door middel van een schriftelijke enquête. Hoewel de werkzaamheden van dit onderzoek nog niet zijn afgesloten, staat reeds een grote hoeveelheid materiaal ter beschikking, welke stellig een waardevolle basis zal kunnen vormen voor de beoordeling van lokale en regionale tekorten. Daarnaast zal het echter evenzeer noodzakelijk zijn, dat in ieder verzorgingsrayon van elk op te richten verpleegtehuis ook nog op andere dan schriftelijke wijze wordt onderzocht welke voorzieningen reeds aanwezig zijn en in hoeverre deze onvoldoende zijn. In feite zal een inspectie ter plaatse hierbij niet kunnen worden gemist. Het oprichten van verpleegtehuizen, uitsluitend op een grotendeels theoretische behoefteraming en zonder het in acht nemen van bepaalde plaatselijke factoren door min of meer autonome initiatiefnemers, die weinig rekening houden met de op dit gebied zo noodzakelijke integratie, is een zaak, die het uiteindelijk tot stand komen van een optimale zorg voor de chronisch zieke patiënt alleen maar kan vertragen.

In dit rapport wordt verder geen gedetailleerd spreidingsplan voor de verpleegtehuizen in Noord-Holland ontwikkeld. Om de provincie te voorzien van een verpleegtehuisaccommodatie, die is aangepast aan de regionale en specifieke behoeften, die voldoet aan de te stellen eisen en die is geïntegreerd in het totale bestel van de zorg voor chronisch zieken, zal het nodig zijn, dat er een instantie komt, die als het ware permanent de vinger aan de pols houdt van het verpleegtehuiswezen in alle delen van de provincie en die, op grond van de haar ter beschikking staande gegevens, in staat is tot het geven van weloverwogen adviezen over de wenselijkheid om waar dan ook verpleeginrichtingen te stichten.

Het ligt voor de hand, dat zulk een instantie, die dus adviserend, coördinerend en stimulerend werkzaam zal zijn, wordt gevormd door een permanente commissie van advies en bijstand van de Provinciale Raad. Een meer gedetailleerde beschrijving van de samenstelling, de taak en de werkwijze van deze commissie wordt gegeven in het hoofdstuk „Conclusies en aanbevelingen".

3.4. *Kwalitatieve aspecten van het verpleegtehuis.*

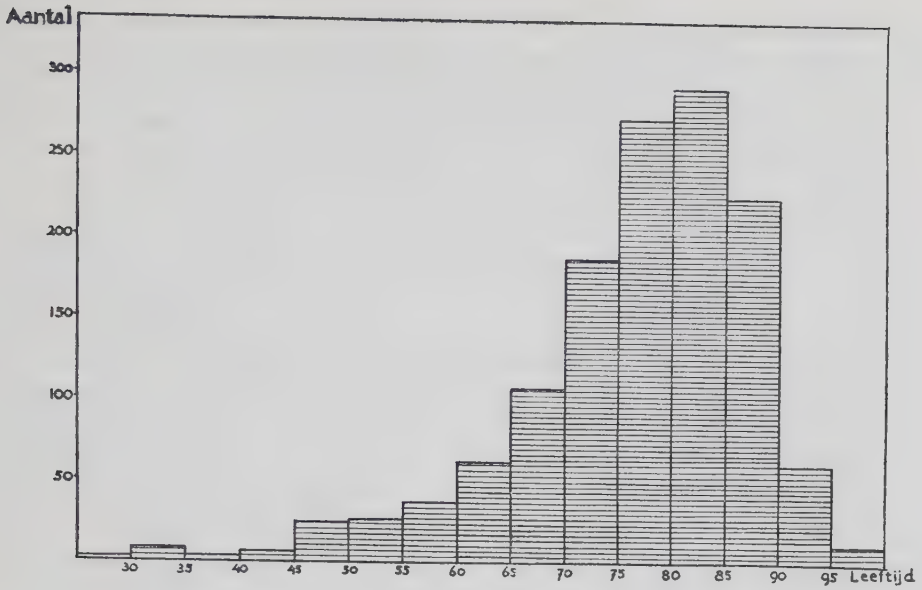
Behalve het absolute aantal verpleegtehuisbedden, dat nodig is om een adekwate zorg voor chronisch zieken mogelijk te maken, is de aard van de inrichtingen, waarin deze bedden worden geplaatst van minstens even groot belang.

In het voorgaande gedeelte kwam reeds het in Nederland heersende verschil van opvatting over de doorstromingsfunctie van het verpleegtehuis ter sprake. De mate, waarin deze doorstroming plaats zal vinden, wordt voor een belangrijk gedeelte bepaald door de indicaties, die bij de opname van patiënten door ieder verpleegtehuis worden gehanteerd. Het instituut, dat de indicatie van de Ziekenfondsraad als norm voor de opname stelt, zal zeker andere doorstromingscijfers te zien geven, dan een inrichting, die zich primair ten doel stelt niet-reactiveerbaren op te nemen.

Door het commissielid Borstlap werden gegevens verzameld over 494 patiënten, die tussen 1 oktober 1961 en 31 december 1962 voor rekening van de ziekenfondsen in Amsterdamse verpleegtehuizen werden opgenomen. Voor deze groep werd — uiteraard — de Ziekenfondsraad-indicatie gehanteerd. Deze gegevens zijn vermeld in bijlage 3 achter dit rapport.

Er blijkt uit, dat op 12 maart 1963 van de oorspronkelijke groep er 241 (48,8 %) niet meer in leven waren. Bij 75 patiënten was de ziekenfondsbijdrage gestaakt omdat zij ontslagen waren naar huis of naar inrichtingen, die niet onder de verpleegtehuisverstrekking der ziekenfondsen vielen (bejaardenoorden, ziekenhuizen), dan wel omdat de ziekenfondsindicatie voor hen niet meer gold. De rest der patiënten (178 of 36 %) werd op 12 maart nog wel in de oorspronkelijke inrichting verpleegd, doch de ziekenfondsbijdrage aan hen was gestaakt, omdat zij de gestelde termijn van 365 dagen hadden overschreden. De gemiddelde verpleegduur van de beide eerste groepen was 110,3 respectievelijk 73,5 dagen. De grootte van deze twee groepen is tevens een belangrijke aanwijzing voor de mate van doorstroming in een verpleegtehuis, dat de ziekenfondsindicatie voor opname hanteert. In totaal vormden zij 64 % van de gehele groep en hun overlijden of ontslag vond plaats in de periode tussen 1 januari 1962 en 12 maart 1963, dat is $14\frac{1}{2}$ maand. Hieruit volgt, dat de jaarlijkse doorstroming $12/14\frac{1}{2} \times 64 = 53$ % is geweest. Er zou hieruit dus kunnen worden geconcludeerd, dat de doorstroming van patiënten, die op ziekenfondsindicatie in verpleegtehuizen worden opgenomen, rond de 50 % per jaar ligt. Men doet er echter goed aan te bedenken, dat de situatie in Amsterdam nog allerminst ideaal te noemen is. De opname in het verpleegtehuis geschiedt zeer vaak veel te laat. Indien men in Amsterdam zou kunnen beschikken over meer en betere bedden, zou het doorstromingspercentage wellicht anders liggen. In ieder geval zou dan het aandeel, dat de sterfte onder de patiënten in de doorstroming heeft, kleiner zijn.

Een andere factor, die vooral de aard van het verpleegtehuis bepaalt en zal bepalen, is de leeftijd van de opgenomen en op te nemen patiënten. Hiervoor verschaft bijlage 1 uitvoerige inlichtingen. Uit de hierin vermelde gegevens over 1326 patiënten valt te berekenen, dat hun gemiddelde leeftijd 76,6 jaar is. Van de gehele groep is 12,7 % jonger dan 65 jaar, 8 % is nog geen 60 en slechts 3,2 % heeft de 50-jarige leeftijd nog niet bereikt. De leeftijdsverdeling van alle patiënten is hiernaast nog eens grafisch weergegeven.



Deze leeftijdsverdeling, die naar men mag aannemen, ook elders wel eenzelfde beeld te zien zal geven, roept uiteraard de nodige problemen op ten aanzien van de wijze waarop de jeugdige patiënten dienen te worden verpleegd. Welhaast door iedereen in Nederland wordt aangenomen, dat een langdurige institutionele verpleging van jeugdige patiënten tezamen met een meerderheid van bejaarde chronisch zieken uit psychologische overwegingen zoveel mogelijk vermeden dient te worden. Er zal dus naar dienen te worden gestreefd de jongeren op te doen nemen in inrichtingen, die speciaal voor hen zijn bedoeld, dan wel in aparte afdelingen van verpleegtehuizen voor bejaarden. Hierbij rijst echter meteen de vraag, of de meestal aangegeven grens van 65 jaar tussen de geriatriepatiënt en de jeugdige chronisch zieke wel de juiste is. In feite is deze grens vrij arbitrair gekozen.

Het door het provinciaal bestuur van Zuid-Holland gepubliceerde rapport over de zorg voor bejaarden en chronisch zieken beveelt aan het onderscheid tussen de bejaarde en jeugdige chronisch zieken te leggen bij de 50 jaar. Boven deze leeftijd zouden, althans volgens de commissie, die dit rapport samenstelde, de ziektebeelden voornamelijk worden bepaald door de aandoeningen, die specifiek zijn voor de bejaarde levensfase. Voor dit standpunt valt veel te zeggen, doch er zal dienen te worden nagegaan, of het door de Zuidhollandse commissie gestelde inderdaad in overeenstemming is met het beschikbare feitenmateriaal. Hiertoe kunnen de Amsterdamse gegevens in bijlage 1 wederom nadere inlichtingen geven. De hierin vermelde diagnoses zijn die van de ziekte, die de hoofdoorzaak vormt van de invaliditeit van de patiënt. De 92 patiënten, die hier zijn vermeld onder „Dementia senilis" zijn zogenaamde dubbel-gehandicapten, dat wil zeggen, dat zij behalve hun

geestelijke gestoordheid ook nog andere lichamelijke aandoeningen vertonen. (Over de geestelijk gestoorde bejaarden zal verderop nog het een en ander worden gezegd.)

In de tabel welke hierna volgt zijn de onderscheidene diagnosepercentages vermeld van respectievelijk patiënten boven de 65 jaar, tussen de 65 en 50 jaar en onder de 50 jaar.

DIAGNOSE	Ouder dan 65	Van 50 tot 65	Jonger dan 50
1. Resten van cerebrovasc. accid.	16,7	20,3	0,0
2. Reumatische aandoeningen e.d.	12,0	8,1	2,3
3. Hart- en vaatziekten	11,6	5,7	4,7
4. Ouderdomsgebreken	10,5	0,0	0,0
5. Amputaties, fracturen e.d.	9,7	4,0	0,0
6. Dementia senilis	7,5	3,2	0,0
7. Neoplasmata	7,1	11,3	7,0
8. Huid-, buik- en longaandoeningen	6,7	7,2	0,0
9. Diabetes	4,6	0,0	0,0
10. Parkinson	4,7	8,9	4,7
11. Multipele sclerose	0,9	19,3	37,1
12. Ziekte van Little	0,2	0,8	14,0
13. Andere neurologische aandoeningen	3,0	4,8	25,6
14. Resten van polio	0,5	0,0	2,3
15. Overige aandoeningen	4,3	6,4	2,3
Totaal	100,0 %	100,0 %	100,0 %

De in deze tabel onder de nummers 1 tot 10 vermelde diagnoses hebben alle betrekking op ziekten, die vooral voorkomen bij bejaarden, dan wel op oudere leeftijd snel invalidiserend werken. Tezamen vormen de patiënten, bij wie zij werden gesteld meer dan 90 % van het totaal der 65-jarigen en ouderen. Van de groep tussen de 50 en 65 jaar zijn bij bijna 70 % deze diagnoses gesteld, doch bij de patiënten onder de 50 jaar in nog geen 20 % der gevallen. De neurologische aandoeningen, die bij de jongste groep bijna 80 % van het totaal vormen, komen bij de middengroep in bijna 25 % van het totale aantal voor en bij de bejaarden in nog geen 5 % van alle gevallen.

Ook uit deze cijfers blijkt wel duidelijk, dat de groep langdurig zieken tussen de 50 en 65 jaar meer verwantschap met de ouderen dan met de jongeren vertoont, en het is dus inderdaad zeer reëel om de patiënten boven de 50 jaar als geriatrische zieken te beschouwen.

Ten aanzien van de planning van verpleegtehuizen heeft dit als konsekwentie, dat voor de jeugdige chronisch zieken met een behoefte aan bedden van nog geen 5 % van het totaal benodigde aantal dient te worden gerekend, dat wil zeggen, dat er in Noord-Holland slechts een honderdtal nodig zal zijn.

Over de noodzaak tot het gescheiden verplegen van jeugdige en bejaarde chronisch zieken bestaat in Nederland amper verschil van mening. Daarentegen heerst er geen eenstemmigheid over de vraag, of in hetzelfde instituut beide categorieën patiënten op verschillende afdelingen dienen te worden verpleegd dan wel dat men moet streven naar het tot stand komen van aparte, categorale verpleegtehuizen. Eenzelfde opinieverschil bestaat over de vraag of het wenselijk en nuttig is geestelijk gestoorde bejaarden in verpleegtehuizen op te nemen, waarin ook in hoofdzaak lichamelijk chronisch zieken worden verpleegd. Vooral van psychiatrische zijde wordt aangedrongen op het oprichten van aparte inrichtingen voor de langdurige verpleging van psychiatrisch-geriatrische patiënten. Hier stellen anderen echter tegenover, dat in ieder verpleegtehuis voor lichamelijk zieken men met het stijgen van de leeftijd der patiënten steeds frekwenter verschijnselen van psychische verwardheid van meer of minder ernstig karakter ziet optreden. Er is bepaald geen scherpe grens te trekken tussen het wel en niet geestelijk gestoord zijn bij bejaarden. Ieder verpleegtehuis zal, ook al is het opnamebeleid uitsluitend gericht op de verpleging van psychisch intacte chronisch zieken, op een gegeven moment voor de keus worden geplaatst, patiënten, die tijdens hun verblijf in de inrichting dement zijn geworden, naar een ander verpleegtehuis te doen overplaatsen dan wel zelf de nodige voorzieningen te treffen, die een voortzetting van de verpleging in het eigen tehuis mogelijk maakt. De voorstanders van gecombineerde inrichtingen voor chronisch lichamelijk zieke bejaarden en geestelijk gestoorde geriatrie-patiënten brengen bovendien het argument naar voren, dat de personeelsvoorziening van verpleegtehuizen voor uitsluitend psychisch defecte bejaarden op meer moeilijkheden stuit, dan van inrichtingen, die beide categorieën chronisch zieken opnemen.

Het laatste woord is in deze strijdvraag stellig nog niet gesproken. Voor een uitvoeriger opsomming van de punten pro en contra zij verwezen naar het rapport „De zorg voor geestelijk gestoorde bejaarden in Noord-Holland", pagina 25.

Ook over de meest wenselijke leiding van het verpleegtehuis heerst geen eenstemmigheid. In de kringen van de huisartsen wordt vaak sterk aangedrongen de mogelijkheid te openen in ieder verpleegtehuis de behandeling door de eigen huisarts van de patiënt te doen geschieden. De Ziekenfondsraad stelt als voorwaarde voor de door het ziekenfonds te verstrekken vergoeding van de verpleegprijs, dat de inrichting onder leiding dient te staan van een vast daaraan verbonden arts. Tenslotte wordt vooral van specialistische zijde de opvatting verdedigd, dat de tehuizen onder leiding dienen te staan van een specialist-geriater, die tevens het hoofd is van een naburig reactiveringscentrum. Zo mogelijk zou zelfs de verpleeginrichting op het terrein van dit centrum dienen te worden gebouwd.

Met betrekking tot de uit medisch en economisch oogpunt meest wenselijke grootte der verpleegtehuizen bestaan evenzeer verschillen van opvatting. Sommigen verdedigen de stelling, dat grote inrichtingen duidelijk de voorkeur verdienen, omdat deze beter exploitabel zouden zijn, doch anderen zijn de mening toegedaan, dat het zeer wel mogelijk is ook goede exploitatieresultaten te behalen in tehuizen van een meer beperkte omvang. Kleine verpleegtehuizen zouden bovendien zeer in het voordeel zijn van de daarin opgenomen bejaarde patiënten, omdat het voor deze van groot belang is een kleine en dus voor hen blijvend herkenbare gemeenschap te creëren. Grote groepen patiënten werken verwarrend op het beperkte opnamevermogen van bejaarde chronisch zieken en zouden dus het ontstaan van dementeringsprocessen in de hand kunnen werken. Op de voor ieder verpleegtehuis verschillende economische aspecten wordt in dit rapport verder niet ingegaan; degene, die zich hierover nader wenst te oriënteren zij verwezen naar de hierover verschenen literatuur, welke op de laatste pagina is vermeld.

4. De zorg voor de chronisch zieke thuis

In bijna iedere publicatie over de zorg voor chronisch zieken wordt gewezen op het eminente belang, dat gediend wordt met de verpleging van de chronische patiënt in het milieu van zijn eigen en vertrouwde omgeving. Ook al zijn de mogelijkheden tot het toepassen van een medische behandeling in een verpleeginrichting meestal veel groter dan thuis, toch acht men de opname in zulk een instituut niet gewenst, omdat de betere medische zorg hier stellig niet opweegt tegen het gemis van zijn eigen milieu. Zoals ook reeds eerder werd opgemerkt is men het er in Nederland volledig over eens, dat er behalve aan de medische ook en vooral aan de sociale indicatie bij opname in een verpleegtehuis grote waarden moeten worden toegekend.

Indien men er naar streeft de chronisch zieke, zo lang als de sociale en psychische omstandigheden dit voor hem en zijn omgeving mogelijk maken, in gezinsverband te blijven verplegen, dan houdt dit in, dat men er tevens voor zal moeten zorgen, dat ook voor de chronische patiënt thuis de mogelijkheid moet worden geboden tot een zo goed mogelijke behandeling, verpleging en verzorging. De reactivering dient ten behoeve van deze zieken in poliklinisch verband te geschieden, of, indien zulks om welke reden dan ook niet realiseerbaar is, aan huis plaats te vinden. Aan het verplegende gezin dienen zoveel mogelijk faciliteiten geboden te worden, die het in staat stellen de aanvaarde taak op de lange duur blijmoedig te blijven aanvaarden.

Een uitbreiding van de bestaande voorzieningen ten behoeve van gezinshulp en gezinsverzorging, het bieden van de noodzakelijke geestelijke en materiële steun, kortom het mogelijk maken van alles, wat het gezin kan helpen bij het vervullen van zijn taak, is in dit opzicht een primaire voorwaarde. Tevens moet hier nog eens worden gewezen op de in Engeland reeds bijna overal bestaande mogelijkheid de patiënten, die thuis worden verpleegd, voor een korte periode op te doen nemen in verpleeginrichtingen, opdat hun gezinsleden evenals iedereen in staat kunnen worden gesteld een normale ontspanning in de vorm van vacantie te genieten.

Het hier opgesomde geldt voor de verpleging van bejaarde èn jeugdige patiënten in het huiselijke milieu. De ervaring leert, dat bij jeugdige chronisch zieken de huiselijke problemen in het algemeen minder ernstig zijn. Deze patiënten hebben meestal meer en nauwere sociale contacten, dan de bejaarden, bij wie de vereenzaming vaak een grote rol speelt bij het ontstaan en het verloop van hun lijden. Ook is het voor het milieu van de jeugdige chronisch zieke vaker een vanzelfsprekend feit dat de konsekwenties van de verpleging thuis aanvaard moeten worden. Tenslotte brengt, wegens het in het algemeen minder gecompliceerde ziektebeeld, de behandeling en verpleging aan huis minder moeilijkheden met zich mede. Om al deze redenen is de behoefte aan verpleegtehuisbedden voor jeugdige patiënten zowel in absolute als relatieve zin, klein. De behoefte tot het scheppen van betere mogelijkheden tot een adekwate verpleging en behandeling dezer patiënten in het gezinsverband is echter, evenals bij de bejaarde chronisch zieken, groot.

5. De organisatie van de zorg voor chronisch zieken

In de vorige hoofdstukken werd een opsomming gegeven van de verschillende elementen, waaruit de zorg voor chronisch zieken bestaat, van het aandeel dat elk der voorzieningen daarin kan hebben, en van de wijze, waarop deze behoren te functioneren.

Hieraan kan nog de absolute eis worden toegevoegd, dat iedere zieke in een zo vroeg mogelijk stadium van zijn lijden in het gehele bestel van de zorg dient te worden betrokken en dat de behandeling, verpleging en verzorging gedurende het verdere verloop van het ziekteproces steeds op de meest geëigende manier daaraan moet worden aangepast. Min of meer vanzelfsprekend is hierbij de noodzaak tot het bereiken van een maximale continuïteit, omdat ieder hiaat in de medische, psychische en sociale verzorging voor de zieke funeste gevolgen kan hebben.

Hoewel aan deze eisen in de huidige situatie niet of nog nauwelijks kan worden voldaan, omdat de elementaire voorzieningen nog in onvoldoende aantal aanwezig zijn, is het niettemin noodzakelijk om thans reeds de nodige maatregelen te nemen, opdat, als er eerlang wel een behoorlijke accommodatie en outillage aanwezig zal zijn, de verschillende elementen van de zorg niet als min of meer autonome eenheden en op ongecoördineerde wijze zullen gaan functioneren. In Engeland heeft men daartoe de geriatrische diensten in het leven geroepen, die in het kader van de National Health Service een soort supervisie uitoefenen op alle elementen van de geriatrische zorg. Ook in Scandinavië bestaan verscheidene voorbeelden van dergelijke diensten. Hoewel in Nederland een medisch-sociale dienst voor chronisch zieken naar Engels voorbeeld wel niet te realiseren zal zijn, omdat de gehele gezondheidszorg hier te lande geheel anders is samengesteld, bestaat ook hier de noodzaak tot het oprichten van een organisatie, die in staat is coördinerend op te treden en daarmede te bereiken, dat iedere patiënt de voor hem meest geschikte behandeling en verpleging zal ondergaan.

De taak van zulk een medisch-sociale dienst voor chronisch zieken dient het volgende te omvatten:

a. opsporing, onderzoek en selectie der patiënten;

b. regeling van de opname in ziekenhuizen en reactiveringscentra;

c. regeling van de opname in verpleegtehuizen en bejaardenoorden en het uitoefenen van de nazorg bij patiënten in deze instituten en de zieken thuis;

d. het behartigen van de sociale belangen der patiënten vanaf het moment, dat de dienst zijn zorgen over hen uitstrekt.

Voor de realisatie van deze taak is het noodzakelijk, dat de dienst over een voldoende mate van gezag beschikt. Daar het in de meeste gevallen wel niet mogelijk zal zijn om, zoals in Engeland, dit gezag te doen berusten op wettelijke bepalingen of andere bases, zal de dienst door eigen prestaties zich een gezaghebbende positie moeten veroveren. Hiertoe is nodig, dat het personeel van de dienst niet alleen deskundig is, doch ook te allen tijde als volwaardige gesprekspartner in relatie kan treden met allen, die bij de zorg voor de chronische patiënt zijn betrokken. Hierdoor zal het mogelijk zijn de verschillende elementaire voorzieningen allengs meer op elkaar af te stemmen en aldus een optimale opeenvolging van de diverse behandelingen, waaraan de zieken worden onderworpen, te bereiken.

Het is wel zeer waarschijnlijk, dat de overheid betrokken zal worden bij het tot stand komen van de meeste verpleegtehuizen, bijvoorbeeld als borg voor aan te gane geldleningen ten behoeve van stichtingskapitalen. Aan de voorwaarden, die hierbij zullen worden gesteld, zou ook de verplichting kunnen worden verbonden, dat het bestuur van het op te richten verpleegtehuis zich bij zijn opnamebeleid richt naar de aanwijzingen, die de medisch-sociale dienst daartoe verstrekt. Indien zulk een voorwaarde bij ieder te stichten verpleegtehuis zou worden gesteld, zou de dienst over een zeer belangrijk aangrijpingspunt beschikken om zijn gezag in het totale bestel van de zorg voor chronisch zieken te kunnen doen gelden.

De werkwijze van de medisch-sociale dienst voor chronisch zieken kan men zich bijvoorbeeld als volgt denken: op consultatiebureaus, waarheen de patiënten door huisarts of specialist worden verwezen, dan wel te eigener beweging zich aanmelden, heeft het eerste onderzoek plaats door een arts-specialist op het gebied van chronisch zieken. Deze wordt bijgestaan door een team van andere deskundigen ten behoeve van het onderzoek van de niet-lichamelijke componenten van het ziektebeeld. Aan de hand van de uitkomsten van dit eerste onderzoek wordt een schema voor de verdere behandeling van de patiënt opgesteld en vervolgens worden de nodige stappen ondernomen ter realisatie daarvan.

Tot aan zijn volledig herstel of zijn overlijden blijft de zieke verder aan de zorgen van de dienst toevertrouwd en deze blijft er voor waken, dat steeds al het mogelijke op medisch, sociaal of psychisch gebied ten behoeve van de patiënt wordt gedaan.

Het spreekt min of meer vanzelf, dat de dienst in nauwe en permanente relatie dient te staan met de huisartsen, specialisten, ziekenhuizen, reactiverings- of revalidatiecentra, verpleegtehuizen, bejaardenoorden, ziekenfondsen, gemeentelijke diensten voor maatschappelijke zorg, andere maatschappelijk gerichte instellingen, kortom met allen, die op enigerlei wijze te maken hebben met de patiënten en hun milieu. Voor de buitenwereld zal stellig het consultatiebureau het meest opvallende deel van het werk van de dienst zijn; naar te verwachten valt, zullen evenwel de andere

activiteiten ten behoeve van de patiënten bij wie het klinisch onderzoek en de behandeling op ziekenhuisniveau zijn geëindigd een aanzienlijk grotere inzet van mankracht vergen.

In het kader van de werkzaamheden van de G.G. & G.D. te Amsterdam en Haarlem is in Noord-Holland reeds een tweetal medisch-sociale diensten werkzaam. Amsterdamse patiënten, die voor rekening van een plaatselijk ziekenfonds of op kosten van de gemeente in ziekenhuizen en ook in verpleeg- en rusthuizen worden opgenomen behoeven hiervoor de toestemming van de G.G. & G.D. of de gemeente. De medisch-sociale dienst voor chronisch zieken zou hier dus in staat moeten zijn de belangen der patiënten op optimale wijze te behartigen, daar zij over het grootst mogelijk gezag beschikt. Nochtans wordt deze dienst ernstig in haar activiteit belemmerd door het ontbreken van een voldoend aantal bedden in goede verpleegtehuizen en (in mindere mate) in ziekenhuizen. Ook de G.G. & G.D. te Haarlem kampt met een chronisch gebrek aan verpleegtehuisbedden en kan daardoor zijn taak evenmin op de meest juiste manier vervullen. Er dient ernstig rekening mee te worden gehouden, dat ook de op te richten provinciale of regionale medisch-sociale diensten met dit euvel te maken zullen krijgen, doch dit mag geenszins een belemmering vormen voor het tot stand komen ervan.

Gezien het huidige patroon van de gezondheidszorg in de provincie Noord-Holland, schijnt het niet irrationeel, dat een medisch-sociale dienst voor chronisch zieken hier tot stand komt op dezelfde wijze als is geschied met de diensten voor kinderhygiëne, tuberculosebestrijding, geslachtsziektenbestrijding, enzovoort. Dit wil zeggen, dat de samenwerkende kruisverenigingen de eerste stappen zullen moeten ondernemen om de dienst in het leven te roepen en dat deze instellingen ook een belangrijk aandeel zullen krijgen in de besturende taak. De wijkverpleegster in dienst van de kruisvereniging is een belangrijk element in de gezondheidszorg in Nederland en bij de verpleging van chronisch zieken thuis vervult zij nu reeds een grote taak. Daarnaast is in Noord-Holland ook de gezinszorg meestal een van de vele facetten van het kruiswerk, zodat ook in dit opzicht reeds een relatie met de zorg voor chronisch zieken aanwezig is. Tenslotte vormt het feit, dat de samenwerkende kruisverenigingen in Noord-Holland reeds meermalen het bewijs hebben geleverd in staat te zijn andere en eveneens veelomvattende diensten goed te kunnen doen functioneren, het hoofdmotief om ook de organisatie van een medisch-sociale dienst voor chronisch zieken aan deze instellingen toe te vertrouwen.

6. Conclusies en aanbevelingen

De commissie ad hoc voor de zorg voor chronisch zieken in Noord-Holland komt, na hetgeen in de vorige hoofdstukken van dit rapport is gezegd, tot de volgende conclusies en aanbevelingen:

1. Er bestaan in Nederland ten aanzien van vele onderdelen van de zorg voor chronisch zieken nog vele verschillen van opvatting. Met name kan in dit verband de grootte van het aandeel worden genoemd, dat de kliniek en het verpleegtehuis in de reactiverende behandeling van chronisch zieken behoren te hebben en de daarmede nauw samenhangende wijze van inrichting en organisatie van het laatstgenoemde instituut. Verder heerst er geen overeenstemming over de wenselijkheid van het combineren van verpleegtehuizen voor lichamelijk zieken met zulke voor geestelijk gestoorde bejaarden. Ten aanzien van de meest gewenste grootte der verpleeginrichtingen worden eveneens verschillende meningen verkondigd. Met het oog op deze opinieverschillen wenst de commissie geen uitspraak te doen over de meest wenselijke vorm en grootte van de te stichten verpleegtehuizen. Daarbij is de commissie sterk de mening toegedaan, dat de vorm en de grootte van ieder op te richten verpleegtehuis veel meer door specifiek plaatselijke factoren wordt bepaald, dan door algemeen heersende opvattingen.

2. De commissie meent, dat er op dit moment zowel een duidelijk tekort aan klinische voorzieningen als aan verpleegtehuisbedden ten behoeve van chronisch zieken bestaat. Hoe in het eerste zal moeten worden voorzien is vooralsnog niet duidelijk, temeer omdat de meeste ziekenhuisbesturen en -directies nog weinig animo lijken te tonen om geriatrische afdelingen of reactiveringscentra aan hun instituten te gaan verbinden. Een opheffing of vermindering van het tekort aan verpleegtehuisbedden kan worden bevorderd door het geven van financiële steun van de overheid aan stichtingen of verenigingen, die voornemens zijn over te gaan tot de bouw van verpleegtehuizen. De commissie beveelt derhalve aan, dat aan gedeputeerde staten het advies wordt gegeven een garantieregeling te ontwerpen voor de rente en aflossing van kapitaal, dat moet worden aangetrokken ten behoeve van de bouw van verpleeginrichtingen, analoog aan de ontworpen garantieregeling voor de bouw van verpleegtehuizen voor geestelijk gestoorde bejaarden.

3. De commissie is niet in staat om met de haar ter beschikking staande gegevens een reëel inzicht te geven in de grootte van het tekort aan verpleegtehuisbedden in de verschillende delen der provincie. Zij meent, dat de totale behoefte aan deze bedden wel ligt in de orde van grootte van twee promille der bevolking, doch is daarnaast van oordeel, dat specifiek plaatselijke factoren het benodigde aantal bedden in niet onaanzienlijke mate mede bepalen. Daarnaast is de mate, waarin klinische reactive-

ring mogelijk is, eveneens een belangrijk element in de bepaling van deze behoefte, terwijl tenslotte de indicaties voor opname in de verpleeginrichting daarbij ook een rol spelen. De commissie acht het daarom wenselijk, dat de plannen tot de bouw van verpleegtehuizen zich baseren op daartoe ingestelde lokale of regionale onderzoeken, waarin behalve de hiervoor opgesomde factoren ook de reeds bestaande voorzieningen worden betrokken en de mate waarin en de wijze waarop zij hun aandeel in de zorg voor chronisch zieken bijdragen, daarbij wordt verdisconteerd.

4. De commissie adviseert aan de Provinciale Raad een permanente commissie van advies en bijstand in te stellen voor de zorg voor alle chronische patiënten, dus zowel voor de lichamelijk zieken als voor de geestelijk gestoorde bejaarden. Hiertoe zou de in het rapport over de geestelijk gestoorde bejaarden aanbevolen commissie van advies en bijstand aangevuld dienen te worden met enkele deskundigen op het terrein van de zorg voor lichamelijk chronisch zieken. Het zal de taak van deze commissie zijn de behoefte aan verpleegtehuisbedden in alle delen van de provincie te peilen aan de hand van eigen en door anderen te verrichten onderzoeken, en met inachtneming van alle plaatselijke en algemene factoren, die daarbij van belang zijn. Dit impliceert, dat deze commissie zich eveneens op de hoogte dient te houden van alles, wat er geschiedt met betrekking tot de andere elementen van de zorg voor de chronisch zieken en geestelijk gestoorde bejaarden. Aan de hand van de door haar verzamelde en — uiteraard — periodiek aangevulde gegevens zal zij in staat zijn een gefundeerd oordeel te vellen over de plaatselijke of regionale behoeften en de waarde van eventuele plannen tot oprichting van verpleegtehuizen of andere voorzieningen. De commissie kan daardoor een adviesorgaan worden voor de gemeentelijke, provinciale of landelijke overheid aan wie om steun wordt gevraagd om tot de oprichting van verpleegtehuizen of andere instituten te geraken. Daarnaast kan zij de instellingen, die deze steun vragen vanaf het begin bijstaan en hun daardoor veel werk besparen. Dit laatste wordt mogelijk, door in de commissie vertegenwoordigers aan te trekken van de instanties, die ambtelijk betrokken zijn bij de oprichting, financiering en bouw van de te stichten inrichtingen. Gedacht wordt hier met name aan het provinciaal bestuur, de directie volkshuisvesting, de planologische dienst, het provinciaal opbouworgaan en de inspecties van de volksgezondheid. Door middel van zulk een commissie van advies en bijstand zal de grootst mogelijke zekerheid worden geboden van een gecoördineerd tot stand komen van een in kwantitatieve en kwalitatieve zin voldoend aantal verpleegtehuisbedden.

5. De commissie (ad hoc) meent, dat er ten behoeve van een zo integraal mogelijk functioneren van de zorg voor chronisch zieken een organisatie dient te worden gesticht, die zich ten doel stelt de patiënten vanaf het moment van hun aanmelding een medisch-sociale begeleiding te geven en daarmede te bevorderen, dat iedere zieke op ieder moment de voor hem meest doelmatige behandeling verkrijgt, die de omstandigheden maar toelaten. Het verdient naar het oordeel van de commissie aanbeveling, dat zulk een dienst tot stand komt in het verband der kruisverenigin-

gen, zulks omdat deze naar organisatie en personeelsverhoudingen daartoe stellig in staat zullen zijn. De Provinciale Raad kan de oprichting van deze dienst stellig bevorderen, onder meer door het uitbrengen van adviezen aan alle daarbij betrokkenen inzake medische, organisatorische, financiële of anderssoortige aangelegenheden.

6. De commissie meent, dat er ten aanzien van de verpleging van de chronisch zieke thuis nog vele tekortkomingen bestaan. Met name is een uitbreiding van poliklinische reactiveringsmogelijkheden vooral ten behoeve van bejaarde patiënten ten zeerste gewenst. Daarnaast is ook een grotere tegemoetkoming in de vorm van een uitbreiding van de thans bestaande mogelijkheden van gezinshulp en gezinsverzorging gewenst. Het zal vooral een taak van de op te richten medisch-sociale dienst zijn de totstandkoming van deze mogelijkheden te realiseren.

Literatuuropgave

1. Geriatrie, aspecten van de gezondheidszorg voor bejaarden, met bijdragen van Prof. Dr. J. Groen, mevr. Dr. M. C. Mackenzie-van der Noordaa, mej. Ir. Th. F. S. M. van Schaik, Dr. J. Th. R. Schreuder, mej. E. M. Staab, arts en Dr. R. J. van Zonneveld. — Van Gorcum, Assen, 1961.

2. Dr. J. Th. R. Schreuder: Chronische ziekten bij bejaarden. — Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde 1955, pag. 119 en 587.

3. Dr. R. J. van Zonneveld, arts, Dr. J. Groen, arts, Dr. O. Mühlblock, arts, J. C. Goudriaan, arts en P. J. Thung, med. drs.: Het derde internationale gerontologische congres. — Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde 1955, pag. 549, 581 en 608.

4. Verslag van de instructiemiddagen voor besturen en directies van bejaardentehuizen in Friesland: Samengesteld door B. Wartena, met bijdragen van B. Wartena, S. Cseh Firtos, J. Couperus, Dr. J. Th. R. Schreuder mevr. G. Pull-v. d. Berg, mej. A. S. W. ten Berge en D. Straatsma. — Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde 1955, pag. 552, 586, 612, 632 en 655.

5. Congres inzake het bejaardenvraagstuk, met inleidingen van Prof. Dr. Sj. Groenman, Dr. J. Groen, Prof. Ir. J. H. Froger, Ir. H. J. Meijsing, Mr. P. M. M. C. Palmen, Dr. R. J. van Zonneveld, Mr. J. A. J. Meijer, Dr. C. Gilhuis en J. de Groot. — Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde 1956, pag. 787—859.

6. B. Wartena: Hygiënische aspecten van de huisvesting van bejaarden. — Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde 1958, pag. 321.

7. Drs. T. van den Brink: Enkele statistische aspecten van het bejaardenvraagstuk. — Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde 1958, pag. 101.

8. Dr. J. Th. R. Schreuder: Revalidatie van Bejaarden in algemene ziekenhuizen. — Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde 1959, pag. 49.

9. K. Gorter: Revalidatie van bejaarden met neurologische aandoeningen. — Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde 1959, pag. 52.

10. Dr. W. J. Robers: Oogheelkundige problemen bij bejaarden. — Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde 1959, pag. 54.

11. Dr. R. J. van Zonneveld: Internationale aspecten van de lichamelijke gezondheidszorg voor bejaarden. — Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde 1959, pag. 123.

12. Dr. R. J. van Zonneveld: Medische zorg voor chronisch zieken en bejaarden in de Verenigde Staten. — Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde 1959, pag. 779.

13. Elisa H. Wijnmalen: Over het vóórkomen van chronische ziekten. — Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde 1959, pag. 6.

14. C. W. J. M. de Ruijter, arts: De organisatie van de zorg voor chronisch zieken thuis. — Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde 1959, pag. 11.

15. Provinciale Raad voor de Volksgezondheid in Noord-Brabant: Spreidingsplan voor verpleegtehuizen in de provincie Noord-Brabant.

16. Provinciaal Bestuur van Zuid-Holland: De zorg voor bejaarden en chronisch zieken.

17. Provinciale Raad voor de Volksgezondheid in Noord-Holland: De zorg voor geestelijk gestoorde bejaarden in Noord-Holland.

18. Stichting Noord-Holland — Provinciaal Opbouworgaan: Memorandum betreffende chronisch zieke en geestelijk minder valide bejaarden.

19. Federatie van verpleeginrichtingen voor langdurig zieken: Publikatie no. 1, Studiereis Scandinavië 1957.

20. Geneeskundige Inspectie van de Volksgezondheid: Rapport bejaardenhygiëne.

21. Bouwcentrum Rotterdam: Huisvesting van bejaarden in Verpleegtehuizen.

22. Sociografisch Bureau Haarlemmermeer: Enkele gegevens inzake de behoefte in Haarlemmermeer aan een Bejaardenverpleegtehuis.

23. Dienst voor sociale zaken der gemeente Nieuwer-Amstel: De toekomstige behoefte aan huisvesting voor bejaarden in de gemeente Nieuwer-Amstel.

24. Gemeentelijke commissie inzake bejaardenvraagstukken te Amsterdam: Voorzieningen voor bejaarden in Amsterdam.

25. Gemeente Amsterdam: Bejaard zijn in Amsterdam, verkenningen omtrent de bejaarde medemens in Amsterdam. — Gemeenteblad 1962, bijlage H.

26. Commissie verpleegtehuizen Amsterdam: Rapport verpleegtehuizen.

27. Prof. Dr. P. Muntendam: Taak en plaats van de verpleeginrichtingen in de gezondheidszorg. — Tijdschrift Ons Ziekenhuis, oktober 1960.

28. Prof. Dr. A. Querido: De verhouding van de verpleeginrichting tot het ziekenhuis. — Tijdschrift Ons Ziekenhuis, oktober 1962.

29. Prof. Dr. A. Mertens: De langdurig zieke thuis. — Tijdschrift Ons Ziekenhuis, oktober 1960.

30. Federatie van verpleeginrichtingen voor langdurig zieken: Twee referaten, waarin het verpleegtehuis wordt belicht van de medische en economische zijde. (Respectievelijk van K. Kok, arts en M. L. Almekinders).

31. Dr. J. Th. R. Schreuder en A. N. J. Reinders Folmer: Verslag van een studiereis in Engeland en Scandinavië. — G.G. & G.D. Amsterdam.

32. Overzichtsfoto Algemeen Ziekenhuis „Zonnestraal" te Hilversum. — Uitgave Algemeen Ziekenhuis Zonnestraal te Hilversum.

OVERZICHT van de op 4 februari 1963 bij het Bureau Maatschappelijk We medische indicatie zijn, of nog moeten worden, opgenomen

Leeftijd in jaren	95 en ouder			90 tot 95			85 tot 89			80 tot 84			75 tot 79			70 tot 74			65 tot	
Diagnosegroepen	* O	B	W	O	B	W	O	B	W	O	B	W	O	B	W	O	B	W	O	B
Resttoest. v. cerebro-vasc. accid.	—	—	—	4	1	—	29	5	2	26	11	10	43	11	14	29	7	13	19	6
Reumatische aandoeningen e.d.	—	—	—	11	7	—	22	11	2	31	13	8	26	9	8	21	8	1	8	1
Ouderdomsgebreken	4	—	1	14	1	5	33	4	3	33	3	9	14	2	4	2	—	—	—	—
Hart- en vaatziekten	—	—	—	4	—	2	17	5	6	22	3	7	20	1	14	23	—	9	5	—
Fracturen, amputaties e.d.	1	—	—	8	2	1	18	5	6	18	7	12	17	3	3	10	—	5	8	2
Dementia senilis	3	1	—	1	—	—	23	3	6	21	2	5	12	—	4	5	—	4	3	—
Neoplasmata	1	1	—	5	2	—	11	7	2	17	5	3	15	4	9	5	2	5	6	2
Parkinson	—	—	—	—	—	—	5	3	—	14	7	—	14	5	3	9	3	2	7	1
Multipele sclerose	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	3	1	—	6	1
Andere neurol. aandoeningen **)	—	—	—	1	—	—	5	3	—	4	1	1	3	—	1	8	1	—	7	3
Diabetes	—	—	—	—	—	—	8	1	2	10	1	4	10	—	2	9	2	4	4	—
Huidaandoeningen	—	—	—	—	—	1	6	2	—	7	2	—	3	—	1	2	2	2	3	—
Aandoeningen der buikorganen	—	—	—	1	1	1	3	—	—	4	—	2	9	1	2	2	—	—	—	—
Longaandoeningen	—	—	—	—	—	—	2	—	1	8	1	3	4	—	4	4	1	1	—	—
Ziekte van Little	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	1
Resttoestanden van polio	—	—	—	—	—	—	1	—	—	2	—	—	2	2	—	1	—	—	—	—
Andere aandoeningen	1	1	—	2	2	—	12	1	1	5	3	4	7	2	4	5	1	4	3	—
Totaal aantal opgenomen patiënten	10			51			195			222			200			138			80	
Hiervan verpleegd in bejaardentehuizen		3			16			50			59			40			28			17
Totaal aantal wachtenden op opname			1			10			31			68			74			50		
TOTAAL-GENERAAL	11			61			226			290			274			188			108	

* O = opgenomen; B = opgenomen in bejaardentehuizen; W = wachtend op opname

** Hieronder vallen o.a.: dwarslaesies, amyotrofische lateraalsclerose, syringomyelie; Tabes van Friedreich, Chorea van Huntington, e.d.

n de G.G. & G.D. te Amsterdam in zorg zijnde Amsterdamse patienten, die op st- en verpleegtehuizen in en buiten Amsterdam

tot 64		55 tot 59		50 tot 54		45 tot 49		40 tot 44		35 tot 39		30 tot 34		25 tot 29		Totaal opgenomen	Hiervan in bej.tehuizen	Op opname wachtende	TOTAAL-GENERAAL	Hierv. jonger dan 65 jaar	Hierv. jonger dan 60 jaar
B	W	O	W	O	W	O	W	O	W	O	W	O	W	O	W						
1	4	9	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	171	42	47	218	25	10
1	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	130	50	20	150	11	3
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	100	10	22	122	—	—
—	2	2	—	—	1	2	—	—	—	1	—	—	—	—	—	98	9	47	145	10	6
—	—	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	84	19	33	117	5	2
—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	72	6	20	92	4	1
—	3	2	2	—	4	1	1	1	—	—	—	—	—	—	—	67	23	32	99	17	11
—	—	5	—	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	62	19	5	67	13	9
2	1	6	2	8	—	9	—	2	—	1	—	3	—	—	—	46	4	4	50	40	31
1	—	4	—	—	—	7	—	—	1	—	—	2	1	—	—	43	9	9	52	17	15
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	41	4	12	53	—	—
1	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	24	7	4	28	3	2
—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	19	2	7	26	2	2
—	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	19	2	13	32	4	1
—	—	—	—	—	—	2	—	1	—	1	—	1	—	1	—	9	1	—	9	7	6
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	7	2	—	7	1	1
—	1	—	1	3	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	41	10	18	59	9	6
		29		19		23		5		3		7		2		1033					
6																	219				
13		8		7		1		1		—		1		—				293			
62		37		26		24		6		3		8		2					1326	168	106

Ter toelichting op deze tabel deelt de directeur van de G.G. & G.D. te Haarlem het volgende mede:

„Omdat de bewerking van het statistische materiaal visueel moest geschieden, werden de patiënten in slechts twee leeftijdsgroepen onderverdeeld. De gemiddelde leeftijd van de bejaarde mannelijke patiënten is 79, die van de vrouwelijke bejaarden 78 jaar.

Verder is het volgende van belang te weten:

1e. de bejaarden, die overwegend geestelijk gestoord zijn, staan onder toezicht van de sociaal-psychiatrische afdeling van mijn dienst. Zij bleven buiten beschouwing;

2e. de bejaarden, die in de Haarlemse ziekenhuizen verblijven en daar wachten op plaatsing in een rust- of verpleeghuis, werden niet meegeteld;

3e. onder „verpleeghuizen" werden gerangschikt:
   a. zowel de particuliere, winstbeogende verpleeghuizen als de verpleegafdelingen van stichtingstehuizen waar chronische zieken en verminderd validen worden opgenomen;
   b. de zogenaamde erkende verpleeginrichtingen;

4e. onder „rusthuizen" zijn te verstaan zowel de particuliere winstbeogende rusthuizen als de stichtingsbejaardentehuizen.

De afdeling bejaardenzorg heeft ook bemoeiingen met bejaarden, die:

a. door de huisarts werden aangemeld, maar óf niet wensen te worden opgenomen, óf aan een opneming bijzondere eisen stellen, waaraan wegens gebrek aan plaatsingsmogelijkheden niet kan worden voldaan;
b. opgenomen zijn geweest en al of niet met goedvinden van de afdeling bejaardenzorg weer werden ontslagen.

Ook deze groep bejaarden, vallende onder de voor- of nazorg van de genoemde afdeling, bleef in het bijgaande overzicht onvermeld.

Diagnose groepen
1. Resttoestand v. cerebrovas accidenten
2. Reumatische aandoeningen
3. Ouderdomsgebreken
4. Hart- en vaatziekten
5. Fracturen, amputaties e.d.
6. Dementia senilis
7. Neoplasmata
8. Parkinson
9. Multipele sclerose
10. Andere neurol. aandoening
11. Diabetes
12. Huidaandoeningen
13. Aandoeningen der buikorg
14. Longaandoeningen
15. Ziekte van Little
16. Resttoestand van polio
17. Andere aandoeningen
TOTAAL

n de op 7 maart 1963 bij de afd. bejaardenzorg, g.g. en g.d. te Haarlem, geschreven staande patienten, wonende te Haarlem of in de randgemeenten, die medische indicatie zijn of worden opgenomen in rust- of verpleegtehuizen.

aantal patiënten opgenomen in een rusthuis		aantal patiënten opgenomen in een verpleegtehuis		aantal patiënten wachtend op opn. in een rusthuis		aantal patiënten wachtend op opn. in een verpleegtehuis		Totaal aantal opgenomen patiënten	Totaal aantal wachtenden	Totaal-generaal
j. en ıder	jonger dan 65 j.	65 j. en ouder	jonger dan 65 j.	65 j. en ouder	jonger dan 65 j.	65 j. en ouder	jonger dan 65 j.			
20	—	29	2	7	—	5	—	51	12	63
26	—	36	—	20	1	7	—	62	28	90
72	—	11	—	36	—	—	—	83	36	119
61	1	28	—	28	—	5	—	90	33	123
8	—	18	1	3	—	2	—	27	5	32
17	—	13	—	2	—	3	—	30	5	35
10	—	16	1	2	—	2	1	27	5	32
8	—	8	—	7	—	2	—	16	9	25
—	—	1	4	—	—	—	1	5	1	6
6	—	5	—	2	—	1	—	11	3	14
7	—	6	—	4	—	2	—	13	6	19
—	—	—	—	1	—	—	—	—	1	1
27	—	10	—	8	—	—	—	37	8	45
18	—	12	—	6	—	1	—	30	7	37
—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	1
1	—	1	—	2	—	—	—	2	2	4
6	—	5	1	3	—	—	—	12	3	15
37	1	200	9	131	1	30	2	497	164	661

Gemiddelde, voor rekening van de ziekenfondsen komende verpleegd

Leeftijden	95 j. en ouder			85—94 jaar			75—84 jaar			65—74 ja		
Aandoeningen	A	B	C	A	B	C	A	B	C	A	B	
Resten cerebro-vasc. acc.	2	1	—	17	—	1	26	12	14	15	7	1
Reumatische aandoeningen e.d.	—	—	2	4	1	16	9	2	17	—	—	1
Fracturen, amputaties e.d.	—	—	—	8	1	10	5	12	9	3	3	
Neoplasmata	1	—	1	15	1	6	30	3	6	25	3	
Parkinson	—	—	—	3	—	3	9	—	7	5	2	
Multipele sclerose	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Andere neurologische aandoeningen	—	—	—	4	1	3	4	2	1	3	—	
Andere aandoeningen	—	—	1	8	3	5	20	8	10	3	1	
TOTALEN	3	1	4	59	7	44	103	39	64	54	16	3

De gemiddelde ziekenfondsverpleegduur werd berekend uit de totale verpleegduur van patiënten opgenomen van 1 oktober 1961 tot en met 31 december 1962, die in het tijdvak 1 januari 1962 tot en met 12 maart 1963 overleden of naar huis gingen, of werden overgeplaatst naar andere tehuizen (niet ziekenfonds) of ziekenhuizen, of waarvan de medische indicatie vóór de 365ste verpleegdag niet meer bestond, of die hun 365 verpleegdagen geheel hadden gebruikt en dus niet meer voor rekening van de ziekenfondsen kwamen. Dit waren in totaal 530 patiënten.

n in Amsterdamse verpleeginrichtingen opgenomen patienten

—64 jaar			45—54 jaar			44 j. en jonger			Totaal			D	E	F	G
A	B	C	A	B	C	A	B	C	A	B	C				
3	3	7	1	—	—	—	—	—	64	23	36	7347	116,1	1479	64,3
1	—	2	—	—	—	—	—	—	14	3	47	1891	135,0	397	132,3
-	2	3	—	—	—	—	—	—	16	18	24	2672	167,0	1305	72,5
9	2	—	3	3	—	2	—	—	85	12	15	7514	87,2	633	52,7
1	1	2	—	—	—	—	—	—	18	3	15	2091	116,2	523	174,3
2	—	3	—	1	5	—	—	2	2	1	12	582	296,0	5	5,0
-	—	1	—	—	1	—	—	—	11	3	9	1300	118,2	295	98,3
-	—	1	—	—	2	—	—	—	31	12	20	3198	102,5	877	73,3
5	8	19	4	4	8	2	—	2	241	75	178	26595	110,3	5514	73,5

VERKLARING DER LETTERS:

A = overleden tussen 1-1-1962 en 12-3-1963.
B = in hetzelfde tijdvak ontslagen.
C = patienten met ZF-indicatie, die 365 dagen hebben genoten en op 12-3-1963 nog opgenomen zijn.
D = totaal aantal verpleegdagen groep A.
E = gemiddelde verpleegduur groep A.
F = totaal aantal verpleegdagen groep B.
G = gemiddelde verpleegduur groep B.

AFSCHRIFT

PROVINCIAAL BESTUUR VAN NOORD-HOLLAND

Haarlem, 3 juli 1962.

VERZONDEN 5 juli 1962.

Afdeling I.

Nr. 203

Onderwerp: Stichting van verpleeginrichtingen voor langdurig zieken.

Met het oog op de in deze provincie bestaande behoefte aan inrichtingen voor de geëigende verpleging van langdurig zieken komt het ons college gewenst voor, dat de verschillende vraagstukken betreffende het tot stand komen van deze inrichtingen door u in studie zullen worden genomen en dat door u maatregelen zullen worden aanbevolen, welke kunnen leiden tot het stichten van een voldoende aantal van deze inrichtingen in de provincie Noord-Holland.

Wij zullen gaarne zien, dat daarbij aandacht zal worden besteed aan de mogelijkheid om de op te richten verpleeginrichtingen voor langdurig zieken op enigerlei wijze te verbinden met de te stichten inrichtingen voor de verpleging van geestelijk gestoorde bejaarden. Over het oprichten van laatstbedoelde inrichtingen hebben wij uw advies gevraagd bij onze brief van 19 juni 1962, nr. 127.

Wij zullen het op prijs stellen, indien wij uw desbetreffend rapport, hetwelk wij met bijzondere belangstelling tegemoet zien, op korte termijn zullen kunnen ontvangen.

Gedeputeerde Staten
van Noord-Holland,

w.g. Dr. M. J. Prinsen,
voorzitter.

w.g. Mr. G. W. van Dokkum,
griffier.

AAN:

de Provinciale Raad
voor de Volksgezondheid
in Noord-Holland,

Kennemerplein 11,
HAARLEM.

KLOMP & BOSMAN'S DRUKKERIJEN - ROTTERDAM